ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: Prof. G. MARTINOTTI

DOTTORI: F. VIGI - G. DAGNINI - E. PANCOTTO

RICERCHE STATISTICHE E SISTEMATICHE SUI TUMORI MALIGNI OSSERVATI DURANTE L'ANNO 1927

DAL "BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE,,
ORGANO DELLA SOCIETÀ MEDICA CHIRURGICA DI BOLOGNA
ANNO LXXXXIX - SERIE X - VOLUME V
1928

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: Prof. G. MARTINOTTI

Dottori: Ferruccio Vigi - Giovanni Dagnini - Ettore Pancotto

Ricerche statistiche e sistematiche sui tumori maligni osservati durante l'anno 1927

Nel raccogliere in forma di statistica, i casi di neoplasia maligna da noi osservati durante il 1927 nell'abbondante materiale anatomico di cui ha potuto disporre l'Istituto, abbiamo creduto opportuno seguire le direttive che ci furono di guida lo scorso anno [1]: ordinare cioè in modo sistematico i diversi tumori giunti alla nostra osservazione e raccogliere il materiale in una sintesi critica. Del resto anche in altri paesi si vanno pubblicando statistiche anatomo-patologiche che si valorizzano su quelle demografiche, riconoscendo loro un 'importanza superiore (DE VRIES, WELLS, LUBARSCH, ROUSSY, LEROUX e VERNES, ecc.).

Qualsiasi concetto si possa avere della statistica in genere, ci sembra che, paragonandone fra loro le tre forme più importanti e precisamente quella demografica, quella clinica, intesa nel senso più vasto, e quella anatomo-patologica, quest'ultima superi le altre due in esattezza ed in valore.

Nei rapporti colla demografica la supera in esattezza in quanto il controllo di un Istituto di anatomia patologica, come quello delle Università o dei grandi Ospedali, dà ottime garanzie; il valore che ne risulta quindi non è affatto sminuito dalla cifra più bassa su cui verte l'indagine; in altre parole la precisione della diagnosi compensa di gran lunga il minor raggio di azione su cui il lavoro si estende.

Per quanto riguarda la statistica demografica in sè e per sè non è nostro intendimento addentrarci in discussioni, tanto più che l'argomento è stato ampiamente svolto al primo « Convegno Nazionale della Lega Italiana per la lotta contro il cancro » tenutosi a Milano

---

[1] *Bullettino delle Scienze Mediche,* luglio-agosto 1927.

nell'ottobre scorso; l'interessante relazione del NICEFORO su « La statistica sanitaria demografica del cancro in Italia » e le discussioni ad essa seguite, ci sembrano sufficienti ad illuminare sulle cause di errore che contribuiscono a rendere difficile la valutazione dei dati che risultano dalla demografia dei tumori. A noi preme far notare che in confronto di quella demografica la statistica anatomo-patologica può servire come una misura esatta, ed, eventualmente, controllando gli errori in eccesso o in difetto che fanno i medici al letto del malato, essa offre un elemento di precisione su quello che può essere, per regione e quasi per ospedale, l'errore di diagnosi; uno dei capitoli quanto mai importanti, sul quale molto si discute e su cui ritorneremo in seguito.

Nel recente Convegno Italiano sopra ricordato qualcuno ha proposto, a preferenza di altre, le statistiche basate sul materiale degli ospedali di chirurgia. Ora a noi sembra che le statistiche anatomo-patologiche si avvantaggino sulle chirurgiche in quanto queste ultime operano su di un materiale selezionato e quindi accentuano l'errore che alle anatomiche viene, in parte giustamente, imputato. Si potrebbero richiamare, come esempio, i dati riportati da WELLS che concernono le statistiche di un grande ospedale chirurgico, di uno ove si pratica l'attinoterapia e dell' Istituto di anatomia patologica da lui diretto.

Nella prima il carcinoma della mammella e quello dell'utero sono di gran lunga più frequenti, nella seconda invece prevale il cancro della cute, mentre in quella anatomica occupa il primo posto il carcinoma gastrico cui seguono gli altri, ottenendosi un quadro numerico che ha molta analogia coi nostri (1926-1927).

Ad ogni modo non è detto che il problema statistico del cancro, si debba studiare esclusivamente su di un materiale trascurando gli altri: ciascuna statistica secondo il nostro parere, può avere un pregio sulle altre in quanto chi la compila ha un lato speciale del problema da mettere in evidenza. Nella statistica anatomica del resto si può arricchire il quadro morfologico con dati che riguardano la sintomatologia, con notizie sugli interventi tentati, sulle prove esperite (chimiche, sierologiche, radiologiche, ecc.), con dati anamnestici. Questo abbiamo cercato di fare.

Già nella pubblicazione dello scorso anno avevamo accennato alle principali critiche che si sogliono muovere alle statistiche anatomo-patologiche, i cui difetti si possono ridurre a due:

1°) il materiale ospedaliero, sul quale sono compilate, è selezionato;

2°) il numero dei casi rispetto al totale dei decessi di una città o di una regione è troppo limitato.

Per ciò che si riferisce alla prima questione noi ripetiamo qui quanto facemmo notare lo scorso anno, che cioè riteniamo notevolmente ridotto il danno della selezione per il fatto che *il materiale per la nostra Scuola proviene da ospedali di malati acuti e cronici e delle varie specialità* (vedi nella tabella I). Tuttavia a questo inconveniente non si potrà ovviare se non quando anche in Italia si praticherà un buon numero di necroscopie sugli individui morti a domicilio come è già in uso in altri paesi e come appare, ad esempio, dalla statistica di Bell, che riguarda la città di Minneapolis.

Un simile provvedimento, elevando il numero delle sezioni anatomiche, potrebbe ovviare anche al secondo difetto suaccennato: a proposito del quale noi ricordiamo che se, fra le statistiche più apprezzate in tema di tumori maligni, quella olandese (Amsterdam) di De Vries raccoglie un numero di necroscopie che si riferisce al 5 % della mortalità generale, in Italia la provvida Legge sul riscontro diagnostico [1] permette di elevare di gran lunga questo numero, come si è potuto fare a Bologna.

Difatti lo scorso anno noi abbiamo potuto sezionare il 20 % di individui della mortalità generale del Comune ed il 42 % della ospedaliera; quest'anno le cifre sono di poco inferiori e cioè rispettivamente del 17,5 % e del 36,9 % [2].

Fra gl' inconvenienti che contribuiscono a limitare il numero delle

---

(1) R. Decreto Legge 10 febbraio 1924, n. 549, riguardante i rapporti tra le Cliniche delle Facoltà Mediche e le Amministrazioni Ospedaliere. Art. 7.

(2) Numerosi fattori concorrono a limitare anche negli ospedali il numero delle sezioni ed a tutti non è possibile ovviare. Ricordiamo ad esempio il fatto che tutti i cadaveri degli individui deceduti per causa violenta, rimangono a disposizione dell'autorità giudiziaria, e perciò non possono figurare che in minima parte nella nostra statistica. Esistono poi disposizioni ospedaliere interne, volute da ragioni di varia indole, che non permettono per alcune categorie di persone, l'attuazione dell' indagine post-mortale. Ancora la disposizione topografica dei diversi ospedali di Bologna rende difficile un pratico collegamento del servizio necroscopico, per quanto le opportune disposizioni del competente Ufficio d' Igiene Municipale abbiano ridotto il danno che ne deriva, limitando a poche ore il trasporto delle Salme, per lasciare al Settore un tempo sufficiente per l' indagine.

Alcuni fattori sarebbero facilmente eliminabili con disposizioni generali tra le quali si possono suggerire norme relative all'estensione dell'obbligo del «riscontro diagnostico», all'accentramento dei cadaveri, ecc.; sarebbe allora possibile portare la cifra delle autopsie negli ospedali persino al 90 %.

necroscopie ci sembra degno di rilievo quello lumeggiato da Bell al « Congresso annuale sull' istruzione medica ecc. » (Chicago 1928). Questo Patologo, parlando delle « Circostanze che influenzano l'esecuzione delle necroscopie », fa notare che « il desiderio del medico curante di conoscere le ragioni che hanno condotto il suo malato a morte è sentito diversamente da medico a medico », e che alcuni, non curandosi affatto di conoscere i reperti anatomici, non indirizzano il patologo nella ricerca.

Sta di fatto, e noi potremmo citare esempi, che certe alte percentuali di autopsie, come quella dell' 83 %, sono state possibili per gli opportuni convincimenti esercitati dal medico curante sui parenti del defunto, che avrebbero potuto opporsi al riscontro diagnostico.

Quando l'attività del Settore si potesse svolgere su così vasto ambito, si potrebbe raccogliere dai vari centri anatomo-patologici un abbondante materiale da servire per lo studio della diffusione del cancro, comparando i dati per ogni provincia o seguendoli nel corso di anni. Ci si potrebbe così fare un concetto preciso di quello che è la variazione dei tumori maligni a grandi periodi di distanza. Il confronto dei dati anatomici dell' Ospedale della Charité di Parigi, ad esempio, avrebbe rilevato un dato molto importante: la percentuale di cancerosi quale risulta dalle autopsie praticate nei primi di questo secolo (Ménetrier) sembra corrispondere a quella di un secolo innanzi riscontrata da Bayle; si dovrebbe concludere con ciò che l'aumento dei tumori maligni è soltanto apparente. Questi dati sono di indubbio valore, pur senza dimenticare l'evoluzione che il concetto di tumore ha subito nel corso di un secolo e le modificazioni nei raggruppamenti delle forme oncologiche, dovute ai perfezionati mezzi tecnici.

Sotto l'aspetto della ripartizione topografica è stato rilevato da molte parti che le varie regioni d' Italia presentano una diversa cifra di mortalità per tumori maligni; ora ci sembra che gli Istituti di anatomia patologica ed i grandi Settorati ospedalieri potrebbero illuminare sulla esatta cifra di mortalità per tale forma morbosa, almeno nelle grandi città e dire quindi se le variazioni rilevate per regioni dalla statistica demografica, dipendano da una reale differenza della distribuzione delle neoplasie, oppure da altre cause.

L'analisi di questi fattori pone dunque in primo piano che, per arricchire la statistica anatomo-patologica occorre la collaborazione tra Clinico e Patologo e che l' indagine scientifica può trarre molto vantaggio dalla saggezza legislativa delle Amministrazioni Ospeda-

liere e degli Uffici Municipali d' Igiene, come si è verificato in Bologna.

***

La seguente tabella riguarda il numero delle necroscopie eseguite durante il 1927 nei vari Ospedali di Bologna ed il rapporto di esse col numero dei decessi che ivi avvennero nell'anno.

TABELLA N. 1.

OSPEDALE	Decessi nel 1927		Necroscopie nell'Osped.		Necroscopie a scuola
Ospedale Maggiore		636		268	15
Ospedale di S. Orsola		592		249	—
di cui:					
Clinica Medica	147		111		
Clinica Chirurgica	120		4		
Clinica Pediatrica	116		75		
Tubercolosario	115		7		
Clinica Ostetrica	45		20		
Istituto Patologia Medica	24		20		
Istituto Patologia Chirurgica	13		5		
Clinica Dermopatica	9		7		
Clinica Oculistica	3		—		
Ospedale del Ricovero		142		13	8
Manicomio Provinciale		86		—	4
Ospedale dei Cronici		74		27	1
Brefotrofio		71		5	4
Istituto « Rizzoli »		7		3	—
Ospedale « Mussolini »		9		1	—
Totale		1617		566	32
Giudiziarie: Cimitero				4	—
Fuori comune				2	—
Totale necroscopie				572 + 32	
				N. 604	

Non corrispondendo, per molte ragioni che in gran parte abbiamo già preso in considerazione, il numero delle sezioni anatomiche eseguite a quello dei decessi avvenuti, la percentuale dei « riscontri diagnostici » praticati negli Ospedali risulta del 36,9: siccome il numero dei decessi del Comune di Bologna nell'anno 1927 fu di 3533, l' indagine post-mortale rispetto alla mortalità generale fu quindi eseguita nel 17,5 %.

Dei 604 cadaveri esaminati (1), 325 appartenevano al sesso maschile e 279 al femminile ed ancora 512 si riferivano ad individui al di sopra dei 12 anni e 92 al di sotto, con 273 maschi e 239 femmine fra i primi, e 52 maschi e 40 femmine fra i secondi. La distinzione nei riguardi dell'età è ovvia per quanto si disse lo scorso anno, relativamente agli errori d' interpretazione dell' indice dei decessi.

Il numero dei tumori maligni osservati è di 83, ma come si può ben rilevare dalle tabelle illustrative, vi è un caso in cui furono messi in evidenza due neoplasmi completamente distinti fra di loro, sviluppatisi nella stessa persona. Si tratta di un individuo (vedi n. 31 e 44 bis) affetto da un tumore della prostata a tipo alveolare con numerose metastasi nelle linfoghiandole della pelvi. Oltre a questo tumore vi era un'ulcera neoplastica stenosante dell'angolo splenico del colon, che aveva causato una sintomatologia di occlusione intestinale; in questo tumore la struttura istologica era quella di un adenocarcinoma ad elementi cilindrici. Malgrado quindi il numero dei tumori da prendere in esame nello studio topografico in genere ed in quello morfologico dei singoli casi sia di 83, le persone riscontrate affette da tumori maligni sono 82, di cui n. 36 maschi e n. 46 femmine.

Divisi per età, secondo il criterio suaccennato, si hanno: n. 81 al di sopra dei 12 anni ed uno al di sotto (una femmina).

Le percentuali che ne risultano sono le seguenti:

sul totale delle necroscopie: 13,5 % di individui affetti da tumori maligni (11 % maschi e 16,5 % femmine):

sulle necroscopie riguardanti i maggiori di anni dodici: 15,8 % di individui affetti da tumori maligni (13 % maschi e 18,7 % femmine);

sulle necroscopie dei minori di anni dodici: 1 % di individui affetti da tumori maligni (2,5 % femmine).

Da questi dati risulta che le femmine sono state colpite un numero di volte lievemente superiore a quello che lo furono i maschi: lo scorso anno invece le cifre erano invertite.

Per ciò che riguarda la cifra dei carcinomatosi sul totale delle sezioni anatomiche essa è dell' 1,5 superiore a quella del 1926. Riferiamo esclusivamente dati numerici, senza voler con questo parlare di aumento assoluto del numero dei tumori o di variazioni nei ri-

(1) Le autopsie furono eseguite in numero pressochè uguale dagli autori della presente nota, che è stata redatta in collaborazione.

guardi del sesso, illazioni solo possibili su materiale numeroso e come conclusione di uno studio continuato per molti anni.

Nella tabella che segue viene posta in evidenza la distribuzione dell'età in decenni rispettivamente per i due sessi, colle relative percentuali.

TABELLA N. 2.

ETÀ anni	MASCHI		FEMMINE		TORALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
0–10	—	—	1	2.1	1	1.2
11–20	—	—	1	2.1	1	1.2
21–30	—	2.7	2	4.3	3	3.6
31–40	4	11.1	2	4.3	6	7.3
41–50	2	5.5	7	15.2	9	10.9
51–60	13	36.0	9	19.5	22	26.8
61–70	12	33.3	13	28.2	25	30.4
71–80	4	11.1	10	21.7	17	17.0
81–90	—	—	1	2.1	1	1.2
91–100	—	—	—	—	—	—
Totale	36	—	46	—	82	—

Anche quest'anno la curva di frequenza dei tumori maligni in rapporto ai vari decenni di vita corrisponde del tutto a quanto è di cognizione acquisita: salvo oscillazioni trascurabili essa risulta simile a quella ricavata dai casi esaminati nel 1926. Parlando dei tumori dello stomaco riferiremo intorno ad un neoplasma gastrico in una donna morta a 27 anni, da tempo gastro-paziente e a cui due anni avanti il decesso era stata praticata una resezione gastrica. Questo è l' individuo più giovane riscontrato quest'anno affetto da carcinoma: lo scorso anno furono osservati una donna di 26 anni ed un uomo di 25 affetti da carcinoma, rispettivamente del crasso e del testicolo. Nessuna considerazione meritano invece i casi di sarcoma in individui al di sotto dei 20 anni, per ragioni ben note.

Nella tabella n. 3 sono ordinate per *sede* le varie neoplasie. Risulta evidente l'alta percentuale dei tumori del tratto digestivo, il 48,1 % sul numero totale: in essi lo stomaco figura con 32,5 %, cifra invariata rispetto allo scorso anno (32 %). Il totale dei neoplasmi del tratto digestivo appare notevolmente inferiore a quello del 1926

(67,8 %): si noti che la variazione è causata dal diminuito coefficiente di tumori pancreatici che quest'anno è rappresentato soltanto dalla percentuale dell' 1,2.

TABELLA N. 3.

SEDE	NUMERO DEI TUMORI			PERCENTUALI SUL TOTALE	PERCENTUALI DEI TUMORI PER ORGANO	
	M.	F.	TOTALE		M.	F.
Lingua	1	—	1	1.2	100.–	—
Esofago	2	—	2	2.4	100.–	—
Stomaco	16	11	27	32.5	59.–	41.–
Intestino crasso	1	2	3	3.6	33.3	66.6
Retto	1	1	2	2.4	50.–	50.–
Pancreas	1	—	1	1.2	100.–	—
Fegato	1	1	2	2.4	50.–	50.–
Cistifellea	—	2	2	2.4	—	100.–
Totale apparato digerente e ghiandole annesse (1)	23	17	40	48.1	57.–	43.–
Testicolo	1	—	1	1.2	—	—
Prostata	6	—	6	7.2	—	—
Vulva	—	1	1	1.2	—	—
Utero	—	8	8	9.6	—	—
Ovaia	—	2	2	2.4	—	—
Mammella	—	8	8	9.6	—	100.–
Totale apparato genitale (2)	7	19	26	31.3	—	—
Altri apparati (3)						
Cute	1	2	3	3.6	33.3	66.7
Laringe	1	—	1	1.2	100.–	—
Polmone	1	—	1	1.2	100.–	—
Tiroide	—	1	1	1.2	—	100.–
Rene	1	1	2	2.4	50.–	50.–
Cervello	2	1	3	3.6	66.7	33.3
Tessuto emolinfopoietico	1	5	6	7.2	16.6	83.4
Totale dei tumori (1) + (2) + (3)	37	46	83	—	—	—

Riassumiamo, nelle tabelle che seguono, per ciascun caso di tumore maligno osservato, i dati anatomici più importanti, le diagnosi microscopiche, e le particolarità cliniche (anamnesi, decorso e sintomatologia) che ci sono sembrate degne di interesse e che potemmo raccogliere nelle cartelle ospedaliere, gentilmente forniteci per l'osservazione.

Le considerazioni che possono sorgere dai confronti fra le diagnosi cliniche e quelle anatomiche verranno trattate a parte.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
		LINGUA
1	M. G., anni 39 - M. Castenaso cuoco N. 1196 (*)	Estesa distruzione della porzione anteriore della lingua; infiltrazione tumorale del moncone, estesa al pavimento orale, lungo la branca destra della mandibola ed il muscolo sterno-cleido-mastoideo destro. Metastasi nel miocardio, nel polmone sinistro; disseminazione peritoneale neoplastica. *Esame istologico.* – Carcinoma ad epitelio piatto corneificante.
		ESOFAGO
2	A. G., anni 69 - M. Bologna custode N. 978	A carico del terzo medio dell'esofago estesa infiltrazione neoplastica della parete, ulcerata nella parte centrale: questo tessuto contrae aderenze col polmone destro che è scavato in corrispondenza del margine posteriore, all'altezza dell'ilo; anche il bronco principale dallo stesso lato è invaso dal tessuto neoplastico. Impianti neoplastici sulla mucosa del terzo inferiore dell'esofago. Metastasi nelle linfoghiandole periesofagee. *Esame istologico.* – Carcinoma a cellule piatte corneificanti.
3	N. A., anni 61 - M. Bologna marmista N. 985	Infiltrazione di un lungo tratto della porzione media dell'esofago sino all'anello diaframmatico, di colorito giallastro, rilevata sulla mucosa ed in preda a sfacelo. Stenosi del lume. Diffusione neoplastica periesofago-tracheale. Metastasi nelle linfoghiandole peribronchiali. *Esame istologico.* – Carcinoma a cellule piatte con corneificazioni.
		STOMACO
4	C. A., anni 57 - M. Marzabotto operaio N. 1019	Recente gastro-entero-stomia e resezione gastrica con esclusione del piloro. Metastasi neoplastiche nelle linfoghiandole regionali (riscontrate soltanto all'esame istologico). Nella parte di stomaco residua non traccie di tumore macroscopicamente osservabili. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
5	A. M., anni 66 - F. Savigno casalinga N. 1021	Tumore della grandezza di una noce, duro, non ulcerato, situato in corrispondenza della piccola curvatura; che interessa le tonache e si infiltra nei tessuti perigastrici. Piloro integro. Metastasi ghiandolari. Disseminazione peritoneale neoplastica e metastasi epatiche. scarse e piccole. *Esame istologico.* – Adenocarcinoma.
6	M. G., anni 53 - M. Castelmaggiore muratore N. 921	Nodulo rilevato, molle, a chiazze rosse, rotondeggiante, del diametro di 5 cm., situato in corrispondenza della piccola curva, in prossimità del piloro. Numerose metastasi epatiche nelle linfoghiandole perigastriche e sul peritoneo parietale anteriore. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.

(*) *Numero del protocollo d'autopsia.*

DIGERENTE

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cachessia. Tubercolosi cavitaria apicale del polmone sinistro. Rene grinzo embolico sinistro. Malformazione congenita: polmone sinistro trilobato.	Gentilizio ed anamnesi negativi. 14 mesi avanti il decesso cominciò ad avvertire bruciore alla lingua. In breve si formò un'ulcerazione che andò aumentando. Rapido dimagramento. Non luetico nè fumatore: non alterazioni della mucosa precedenti al tumore..	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica
Polmonite franca destra. Tumore di milza. Cirrosi atrofica del fegato. Colelitiasi. Rene grinzo arterio-sclerotico.	Gentilizio negativo. Inizio 5 mesi avanti il decesso con difficoltà nella deglutizione dei cibi solidi che si è accentuata progressivamente. Forte diminuzione di peso. R. W. positiva.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Cachessia. Arteriosclerosi delle coronarie anteriori. Infarto emorragico del polmone sinistro. Tubercolosi caseosa delle linfoghiandole ilari sin. Peritonite purulenta. Cirrosi granulare del fegato.	Gentilizio negativo. Inizio 14 mesi avanti il decesso con diarrea, inappetenza e malessere. Poi ripetute ematemesi. In seguito epistassi, dispnea, edemi, prurito, dolori retrosternali. Quindi tosse stizzosa. L'ostacolo all'ingestione dei cibi è stato uno degli ultimi segni.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica: id. la radiologica.
Recente intervento per ernia inguinale bilaterale. Broncopolmonite bilaterale.	Ricoverato 20 giorni avanti il decesso per ernia. Durante la degenza vomiti, dolori gastrici, astenia, cachessia. Due giorni innanzi il decesso intervento laparatomico per resecare il neoplasma.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Ascite. Endocardite verrucosa mitralica. Infarti anemici della milza e del rene destro.	Da poco tempo dolori all'addome, tumefazione dolente alla regione epigastrica.	Diagnosi clinica: neoplasma dell'addome. Esame radiologico negativo.
Ittero. Ascite. Edema polmonare. Colelitiasi. Cospicua emorragia endogastrica. Trombosi parietale della cava inferiore.	Gentilizio negativo. Bevitore: mangiatore. Inizio della malattia due mesi innanzi con dolori all'epigastrio: poi ematemesi.	La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica: idem la radiologica.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
7	M. V., anni 67 - F. N. 1024	Stomaco ridotto di volume con mucosa ricoperta da patina vitrea priva di grossolane ulcerazioni. Piloro integro. Ispessimento diffuso delle pareti gastriche, più pronunciato verso la piccola curvatura ove raggiunge lo spessore di cm. 1,5. Peritoneo parietale uniformemente ispessito, di colorito grigiastro, che ricorda l'aspetto dell'endotelioma. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare. Metastasi peritoneali.
8	C. E., anni 40 - M. Bologna cameriere N. 962	Ulcerazione a fondo necrotico nella porzione iuxta-pilorica con infiltrazione delle pareti, che determina una stenosi serrata. Metastasi numerose al fegato e sulla cicatrice laparotomica. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
9	N. R., anni 68 - M. Monte S. Pietro muratore N. 1179	Massa irregolare, a limiti mal definibili, molle, friabile, situata nella piccola curvatura in prossimità della regione pilorica, che tuttavia non è interessata. Infiltrazione delle pareti con aderenze gastro-pancreatiche. Metastasi epatiche e nelle linfoghiandole regionali. *Esame istologico.* – Carcinoma misto.
10	M. L., anni 61 - M. Altedo calzolaio N. 1180	Recente resezione gastrica. Dati forniti dal chirurgo: tumore della piccola curvatura, infiltrante, che sembra impiantato su di un'ulcera. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
11	L. A., anni 42 - F. Bologna infermiera N. 1003	Massa irregolare che occupa tutta la piccola curvatura retraendola. Metastasi sottomucose nella parete anteriore dello stomaco. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curva, peripancreatiche e della « porta hepatis »; id. nella capsula surrenale sinistra; id. nella regione sopraclaveare sinistra e nelle linfoghiandole dell'ilo polmonare destro. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
12	N. G., anni 61 - M. Castel S. Pietro operaio N. 952	Rilevatezza rotondeggiante del diametro di 4 cm., con infossamento centrale, situata nella parete posteriore al di sopra del piloro, con infiltrazione della zona d'impianto ed ipertrofia della muscolare. Gastrectasia con accenno a forma di clessidra. Disseminazione peritoneale neoplastica con stenosi parziali multiple dell'ileo: metastasi nelle linfoghiandole della piccola curva. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
13	F. L., anni 54 - M. Savigno mugnaio N. 943	Stomaco notevolmente ectasico. Alla piccola curvatura si osserva una larga coppa a margini rilevati, di colorito giallastro; verso il piloro il tumore assume forma « a cavolfiore » e con le sue gettate ne stenosa l'orificio. Piccoli nodi ombelicati metastatici al lobo destro del fegato. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Pneumonite destra nello stadio dell'epatizzazione grigia. Ateromasia dell' aorta. Diverticolo del duodeno. Ascite emorragica.	Manca la cartella clinica.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.
Cachessia. Edema polmonare. Aortite luetica. Pregressa gastro-enterostomia trans-mesocolica posteriore. Cospicua emorragia endogastrica.	Tabetico da tempo. Crisi gastralgiche. Tre mesi innanzi il decesso intervento operatorio: scomparsa delle crisi, poi rapido decadimento. R. W. nel liquor: positiva; nel sangue: negativa.	La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.
Broncopolmonite bilaterale.	Dalla cartella non risultano notizie anamnestiche.	Diagnosi clinica e radiologica corrispondenti.
Peritonite purulenta acuta. Degenerazione grassa del fegato.	Gentilizio negativo. Bevitore. Inizio dei sintomi 10 mesi avanti il decesso con senso di peso all'epigastrio, pirosi. Rapido deperimento.	Diagnosi clinica e radiologica concordanti coll'anatomica.
Cachessia. Atrofia fusca cordis. Edema polmonare.	La malattia si è iniziata 14 mesi avanti il decesso con dolori e pesantezza all'epigastrio, pirosi, vomito, melena, anacloridria. L'esame radiologico stabilisce un'ulcera senza definirne la natura.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Recente intervento per ernia inguinale destra ed orchiectomia corrispondente per testicolo ectopico. Edema polmonare.	Gentilizio negativo. Inizio 8 giorni avanti il decesso con dolori violenti all'addome, vomito, alvo chiuso, polso piccolo: presenza di una nodosità all' inguine destro. Intervento: reperto di noduli peritoneali diagnosticati in vivo come tubercolari.	Diagnosi clinica: stenosi intestinale di natura tubercolare.
Cachessia. Pleurite fibroplastica adesiva bilaterale. Periepatite fibrosa.	Gentilizio negativo. L' inizio risale a 14 mesi prima del decesso con improvvisa melena; successivamente senso di peso dopo i pasti, inappetenza, debolezza generale, frequenti vomiti.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica .

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
14	R. P., anni 61 - M. Praduro e Sasso muratore N. 1218	Alla regione del cardias massa un po' rilevata che infiltra le pareti e giunge, in alto, all'orificio cardiale stenosandolo ed in basso alla metà circa della piccola curvatura. Mucosa gastrica non ulcerata e ricoperta da catarro denso di aspetto vitreo. Due piccoli noduli rotondeggianti sulla mucosa esofagea alcuni cm. al disopra del cardias. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura. Piccoli noduli metastatici sul peritoneo. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
15	B. M., anni 50 - M. Pesaro bracciante N. 1103	Vasta ulcerazione a forma di coppa con bordi sopraelevati, di aspetto gelatinoso, a fondo necrotico emorragico, situata sulla piccola curvatura. Metastasi alle linfoghiandole regionali, al polmone destro e al fegato, che appare disseminato di numerosissimi piccoli noduli. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
16	M. A., anni 77 - F. Bologna casalinga N. 1227	Alla regione pilorica una grossa massa di aspetto irregolare ulcerata al centro, il cui fondo è ricoperto da detriti di colore verdastro. Anello pilorico ristretto per la massa che ne occupa il lume senza che risulti infiltrazione delle pareti. Metastasi nelle linfoghiandole regionali; grossi nodi metastatici al fegato. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
17	M. R., anni 71 - F. Castenaso casalinga N. 781	Stomaco ridotto di volume: perdita di sostanza a guisa di ulcera nella piccola curva con infiltrazione delle pareti. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma. Due fibromiomi dell'utero (intramurale e sottosieroso).
18	M. P., anni 48 - F. Firenzuola casalinga N. 1063	Ulcerazione irregolare, a bordi rilevati, molli, situata al disotto del cardias nella direzione del fondo. Numerose metastasi epatiche di cui una grossa centrale. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
19	M. G., anni 30 - M. Pavullo viaggiatore N. 828.	Tutta la piccola curvatura appare ispessita, infiltrata da un tessuto splendente, di colorito bianco-roseo, di consistenza abbastanza dura. Il piloro è integro. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura, nel fegato (sotto forma di numerosi noduli) e nei polmoni. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare. Nelle metastasi moltissime cellule neoplastiche gigantesche e polinucleate.
20	G. A., anni 27 - F. Borgo Tossignano domestica N. 869	Tumore che sorge sulla cicatrice da resezione gastrica ed aderisce alla incisione laparatomica, al fegato ed al colon trasverso, nella cui cavità va a sporgere. Disseminazione neoplastica peritoneale. Metastasi nelle linfoghiandole regionali ed infiltrazione peripancreatica. *Esame istologico.* – Carcinoma a cellule polimorfe.
21	F. V., anni 51 - M. Vigasio muratore N. 1054	Infiltrazione dura, diffusa, della regione pilorica, che dà una stenosi serrata dell'anello e gastrectasia notevole. Mucosa integra. Infiltrazione neoplastica peripancreatica. Metastasi nelle linfoghiandole regionali. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Edema polmonare bilaterale. Ascite emorragica.	Gentilizio negativo. Inizio della malattia 10 mesi avanti il decesso con inappetenza, senso di peso allo stomaco dopo i pasti, vomito. Alcuni mesi prima della morte si è stabilito un singhiozzo ostinato accompagnato da disfagia.	Diagnosi radiologica e clinica concordanti coll'anatomica.
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Broncopolmonite bilaterale. Tumore acuto di milza.	Inizio 3 mesi avanti il decesso con senso di peso all'epigastrio, dolori all'addome, spossatezza generale.	Diagnosi clinica: carcinoma del fegato.
Cachessia.	Gentilizio ed anamnesi remota negativi. Inizio un anno avanti il decesso con perdita di appetito, senso di peso allo stomaco, eruttazioni acide.	La diagnosi clinica concorda coll' anatomica: idem la radiologica.
Cachessia. Rammollimento cerebrale. Arteriosclerosi dei vasi cerebrali Broncopolmonite ipostatica bilaterale. Ateromasia dell'aorta con trombosi parietale.	Gentilizio negativo. Inizio 18 mesi avanti il decesso con malore improvviso. Mancano altri dati	Diagnosi clinica: emorragia cerebrale.
Ittero. Edema polmonare. Colelitiasi. Recente laparatomia esplorativa.	Dalla cartella clinica risulta solo che l'ittero è insorto 2 mesi avanti il decesso.	Diagnosi clinica e radiologica: neoplasma epatico.
Anemia. Degenerazione grassa del cuore. Broncopolmonite bilaterale. Tumore acuto di milza.	Gentilizio ed anamnesi personale remota negativi. Un anno prima del decesso: senso di bruciore dopo i pasti, eruttazioni acide. Cinque giorni prima della morte: febbre, tosse, epistassi. Nel sangue: elementi a tipo emocitoblastico.	Diagnosi clinica: infezione emorragica acuta.
Cachessia. Ascite. Miocardite parenchimatosa. Gastroenterostomia transmesocolica posteriore.	Gentilizio negativo. Inizio della malattia 2 anni avanti con una sintomatologia vaga (dispepsia), quindi vomito. Un anno dopo: intervento chirurgico. A distanza di 14 mesi ricompaiono i sintomi gastrici.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Ittero. Colangite cronica cicatriziale. Edema polmonare. Emorragia endogastrica.	Gentilizio negativo. Inizio della malattia 4 mesi avanti il decesso con senso di peso all'epigastrio, vomiti acidi, ittero.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica: idem la radiologica.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
22	R. G., anni 63 - M. Bologna sellaio N. 705	Vasta perdita di sostanza a bordi rilevati, molli, a carico della grande curvatura. Stomaco rimpicciolito, piloro integro. Metastasi nel fegato, nelle linfoghiandole regionali e sulla superficie della milza; infiltrazione neoplastica del legamento gastro-colico e del pancreas. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
23	V. G., anni 64 - F. Massalombarda casalinga N. 1061	Rilevatezza circolare, molle, a centro infossato, a carico della piccola curvatura. Piloro integro. Metastasi epatiche, nelle linfoghiandole ilari dei polmoni e nelle linfoghiandole lomboaortiche. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare a tipo colloide.
24	B. L., anni 56 - M. Zola Predosa bracciante N. 879	Antro pilorico ristretto da una infiltrazione uniforme, spessa. Muscolare ipertrofica. La mucosa presenta una piccola erosione da cui sporge un vaso lacerato ricoperto da un grumo di sangue. Stomaco assai ampio, pieno di sangue, piceo, in parte coagulato. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura e nel grande omento. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
25	B. A., anni 68 - F. Monzuno casalinga N. 1014	Nella piccola curvatura ampia ulcerazione del diametro di circa 3 cm. con bordi rilevati, molli, di aspetto gelatinoso. Parte del fondo dell'ulcera è costituito dal pancreas aderente. Grossi nodi metastatici al fegato, in parte necrotizzati e con zone emorragiche. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
26	B. C., anni 60 - F. Bologna casalinga N. 968	Lo stomaco presenta in corrispondenza del canale pilorico, una escavazione a bordi rilevati, biancastri, duri, che delimitano sulla faccia anteriore e posteriore due perdite di sostanza, di ampiezza quasi uguale tra loro; infiltrazione neoplastica dei bordi. Molte piccole rilevatezze sono situate sulla faccia anteriore, al di sopra delle quali la mucosa passa intatta. Infiltrazione neoplastica delle linfoghiandole della piccola curvatura, delle periaortiche (regione subdiaframmatica) e carcinosi linfogena polmonare bilaterale tipo BARD. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
27	B. C., anni 51 - F. Bologna massaia N. 1094	Alla piccola curvatura una massa proliferante, pseudovillosa, che si estende sulla faccia anteriore e posteriore e quasi raggiunge il canale pilorico, che non appare ristretto. L'ispessimento delle pareti gastriche, irregolare, è dovuto ad un tessuto neoformato, giallo, molle, ricco di muco, lattiginoso. Rare metastasi al fegato. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
28	R. P., anni 54 - M. Cesena calzolaio N. 1161	In corrispondenza della piccola curvatura una neoformazione a forma di irregolare escavazione, a bordi rilevati, mollicci a fondo grigiastro. Non modificazione della capacità dello stomaco. Metastasi nelle linfoghiandole e nella colonna vertebrale. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cachessia. Broncopolmonite sinistra. Peritonite fibrino-purulenta.	Madre morta di cancro dello stomaco. La malattia si è iniziata un anno avanti il decesso con spossatezza e decadimento.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica: idem la radiologica.
Buone condizioni di nutrizione. Cisti apoplettica del nucleo caudato destro. Peritonite siero-fibrinosa.	Inizio dei sintomi 3 mesi avanti il decesso con dolori addominali.	Diagnosi clinica: neo addominale?
Anemia profonda per gastrorragia.	Gentilizio ed anamnesi personale negativi. Nessun altro dato nella cartella clinica.	La diagnosi clinica concorda con l'anatomica.
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Bronchite cronica.	Non notizie anamnestiche nella cartella clinica.	Diagnosi clinica e radiologica concordanti coll'anatomica.
Pleurite fibroplastica adesiva bilaterale. Ateromasia aortica.	Inizio della malattia con sintomi a carico dell'apparato respiratorio: dispnea grave; scarso reperto ascoltatorio. Palpazione di un tumore epigastrico. Immagine radiologica: disseminazione bilaterale dei polmoni a tipo miliarico.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Cachessia. Broncopolmonite dei lobi inferiori. Cirrosi del fegato con splenomegalia.	Inizio dei sintomi 2 anni avanti il decesso con senso di peso gastrico, debolezza generale, spiccato deperimento organico. Appetito buono.	La diagnosi clinica e la radiologica concordano coll'anatomica.
Rammollimento del nucleo lenticolare sinistro. Echinococco in «hepar lobatum». Infarti splenici e renali.	Gentilizio negativo. Un anno avanti il decesso si iniziarono dolori al fianco sinistro che si irradiavano alla coscia.	Diagnosi clinica: neoplasma del rachide.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
29	C. R., anni 76 - M. Bologna facchino N. 1132	Alla regione pilorica, pochi cm. al di sopra del limite col duodeno, ulcerazione irregolare, a fondo deterso, con bordi rilevati, di aspetto tendineo: da un punto di esso prende impianto un nodulo della grossezza di una noce, di aspetto gelatinoso, molle. Stenosi pilorica e gastrectasia. Metastasi nelle linfoghiandole della piccola curvatura. Nodulo metastatico al fegato. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
30	T. A., anni 61 - M. Bologna giornaliero N. 1272	Piccola curva deformata da una massa neoplastica che invade le tonache e raggiunge il canale pilorico stenosandone il lume. Noduli metastatici gastrici sottomucosi da diffusione linfogena. Diffusione neoplastica al fegato, milza ed omento. Nel digiuno alcune perdite di sostanza della mucosa dovute a metastasi neoplastiche che raggiungono la pareti intestinali dall'esterno. Il fondo delle ulceri è costituito da tessuto tumorale. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.

STOMACO

La percentuale dei tumori maligni dello stomaco ci consiglia, come facemmo lo scorso anno, alcune parole di commento.

Per il *sesso*, le cifre riscontrate nel 1927, relativamente agli individui affetti da cancro dello stomaco, e cioè 59,2 % maschi e 40,8 % femmine, si avvicinano di più alle medie statistiche che ribadiscono il concetto di una maggiore mortalità nell'uomo in confronto colla donna.

Nulla di diverso, da quanto è risaputo, abbiamo da aggiungere per ciò che riguarda l'*epoca della vita* in cui si ha la maggior frequenza di tumori e che coincide col 6° e 7° decennio. I due soli casi (n. 20 e 19), in cui il tumore gastrico si sviluppò rispettivamente in una donna di 27 anni ed in un uomo di 30, non spostano la curva di frequenza, nè permettono di parlare di un anticipo nell'epoca di comparsa del tumore dello stomaco.

Come *sede*, il neoplasma ha colpito sopratutto la piccola curvatura (55,5 %); seguono come frequenza: il piloro (33,3 %), il cardias (7,4 %), la grande curvatura (3,7 %): questi dati, se si toglie la localizzazione alla grande curvatura che quest'anno è stata riscontrata raramente, concordano in tutto con le nostre osservazioni del 1926. La sede pilorica che alcuni danno come la più frequente, nella nostra regione sembra passare in seconda linea di fronte a quella della piccola curvatura. Ciò concorda, per esempio, colle osservazioni di Boas, Fi-

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Broncopolmonite bilaterale.	Gentilizio negativo. Buon mangiatore e bevitore. Quattro mesi prima della morte cominciò ad accusare diminuzione di appetito, senso di peso all'epigastrio, astenia e deperimento generale.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica: idem la radiologica.
Cachessia. Atrofia bruna del cuore.	Anamnesi famigliare negativa. Primi disturbi: un anno prima della morte con dolori all'epigastrio, stipsi, dimagrimento, anemia, quindi diarree profuse. La laparatomia rivela il neoplasma gastrico con metastasi.	Le diagnosi clinica, anatomica e radiologica si corrispondono.

CHERA ed altri. Richiamandoci alle idee espresse lo scorso anno, facciamo notare che il ripartire i tumori secondo i concetti dell'anatomia topografica nel materiale di autopsia riesce difficile quando l' infiltrazione neoplastica superi i limiti anatomicamente definiti, ad esempio, la piccola curva, per guadagnare o le pareti od il piloro, e non essendo in ogni caso possibile stabilire la zona da cui il tumore ha iniziato la sua espansione. Si spiegano così le diverse dizioni anatomiche seguite dagli AA.

Nessun caso ci offre occasione di trattare la possibilità di impianto del carcinoma sull'ulcera callosa gastrica e quindi il rapporto fra ulcera e cancro.

Quanto alle *metastasi*, intese queste nelle loro più diverse possibilità topografiche, mancarono solo in un caso, per cui si ebbero nella percentuale del 96,2.

Le linfoghiandole apparvero macroscopicamente invase (e l' invasione fu confermata all'esame microscopico) nell' 84,4 % dei tumori. Questa cifra, molto superiore a quella riscontrata l'anno scorso, a nostro parere non deve essere interpretata nel senso di una maggior percentuale di invasione ghiandolare, ma col fatto che abbiamo prelevato pressochè sistematicamente le ghiandole e ne abbiamo trovate molte invase dalla neoplasia anche quando l'esame macroscopico non lo lasciava sospettare (invasione dei seni ghiandolari); naturalmente questa cifra non deve ritenersi strettamente esatta perchè, come è ben noto, per una affermazione assoluta biso-

gnerebbe fare una ricerca minuziosa e completa il che non è nello scopo del riscontro diagnostico. Notiamo che il segno di TROISIER è, secondo la nostra esperienza, piuttosto raro ad osservarsi (3,6 %), malgrado si sia cercato espressamente ed in ogni caso lo stato delle linfoghiandole epiclaveari di sinistra.

Le metastasi nel fegato si ebbero nella percentuale del 55,5: nel peritoneo ed omento nel 22,2, nel polmone del 14; in due casi di quest'ultime si trattava di nodi isolati entro il parenchima polmonare, in uno di metastasi alle linfoghiandole ilari ed infine di una diffusione alla rete linfatica superficiale e profonda da integrare quello speciale quadro che va sotto il nome di carcinosi linfangitica pleuro-polmonare tipo BARD. Quest'ultimo caso è interessante anche per il fatto che presentava la sintomatologia clinica tipica descritta da BARD ed all'esame radiologico una disseminazione di noduli quali si osservano in questa malattia; questo quadro clinico aveva permesso già in vita di porre la diagnosi che ha corrisposto pienamente all'anatomica (vedi caso n. 26).

Altre metastasi si ebbero alla milza ed all' intestino nella stessa percentuale (7,4 %). Quest'ultima localizzazione si sembra di un certo interesse in quanto la genesi del processo s'inquadra nelle cosidette diffusioni linfangitiche in senso opposto alla corrente, descritte per l' intestino, l'ovaia, il polmone, ecc.: le tappe della diffusione apparivano evidenti per il reperto di noduli situati in piena compagine del mesentere, per altri che affioravano dalla sottomucosa ed altri infine che avevano ulcerato la mucosa stessa; in questo caso la sintomatologia clinica era caratterizzata da una intensa diarrea (caso n. 30).

Infine si ebbero metastasi nella colonna vertebrale e nella cicatrice laparatomica nella stessa percentuale del 3,6.

Riassumiamo le metastasi nella seguente tabella:

SEDE	FREQUENZA	SEDE	FREQUENZA
Linfoghiandole perigastriche	81.4 %	Milza	7.4 %
Fegato	55.5 %	Intestino	7.4 %
Omento	22.2 %	Linfoghiandole epiclaveari sin.	3.6 %
Peritoneo	22.2 %	Colonna vertebrale . .	3.6 %
Polmone	14.0 %	Cicatrice laparatomica.	3.6 %

Per ciò che concerne la *struttura istologica* l'anno scorso ci limitammo a riportare la diagnosi che fu schematizzata nelle forme fondamentali di adenocarcinoma, di cancro midollare, di scirro e di cancro gelatinoso, seguendo in ciò i criteri di alcuni trattatisti anche recenti. Raccolta maggior copia di materiale e nel desiderio di tener conto, nella sistematica, anche di alcune varietà che si sarebbero comprese in quei gruppi soltanto rinunciando ad alcuna delle loro caratteristiche, abbiamo preferito seguire, tra le numerose classificazioni istologiche che si propongono, l'ultima di BORRMANN, come risulta nel trattato di HENKE e LUBARSCH (1926).

Comprendendo nello studio il materiale dei due anni che raggiunge la cifra complessiva di 53 casi, si hanno questi dati:

Adenocarcinoma (carcinoma adenomatoso od adenoide sec. BORRMANN): numero 24 (11 del 1926 e 13 del 1927).

Carcinoma alveolare solido semplice: numero 22 (11 più 11); varietà gelatinosa: numero 2 (1 più 1); varietà scirrosa n. 3.

Carcinoma polimorfo: n. 1 (intendendo con questo nome una particolare forma che per la maniera di accrescimento, per la polimorfia degli elementi, per la presenza di cellule gigantesche ecc. integra un tipo istologico che può simulare tanto il sarcoma da essere causa di confusione nella diagnostica differenziale: BORRMANN).

Carcinoma misto: n. 1 (un tipo di neoplasma gastrico alla cui costituzione concorrono le singole varietà, come tubi adenoidi, gettoni compatti, alveoli, ecc.: BORRMANN).

Non osservammo alcuna delle cosidette « forme rare » come: cancroidi, carcinomi ad epitelio basale, carcinomi ad epitelio vibratile, carcino-sarcomi ecc. che BORRMANN pure considera nella sua classificazione.

Fra le *complicanze* ci sembra rivestano interesse quattro casi in cui il ciclo della malattia fu chiuso da intensa emorragia endogastrica, per erosione di vasi importanti (14 %), mentre non si osservarono casi di perforazione o di rottura.

Per lo studio del *decorso* ci siamo imbattuti nella difficoltà nota, di stabilire con esattezza il periodo d' insorgenza della neoplasia: non possiamo quindi portare che dati molto approssimativi. In linea generale si può dire che dall' inizio chiaro dei sintomi, il decorso abbia variato da un minimo di quattro mesi ad un massimo di un anno, il che corrisponde a quanto è noto; in qualche caso il decorso fu più lungo oltrepassando anche i due anni; in uno di questi però era stata eseguita una resezione gastrica (n. 20). Ci sembra degno

di particolare accenno il caso n. 12 in cui, malgrado la generalizzazione del tumore, si ebbe un silenzio nella sintomatologia soggettiva sino a poco tempo prima della morte.

Si trattava di un individuo affetto da ectopia testicolare ed ernia inguinale, nel quale otto giorni avanti il decesso si era istituita una sindrome addominale acuta, da incarceramento del sacco. Essa aveva portato all' intervento chirurgico durante il quale la sierosa peritoneale del sacco erniario fu riscontrata disseminata di noduli diagnosticati macroscopicamente come tubercoli; all' autopsia invece fu osservata una diffusione neoplastica peritoneale.

Nulla possiamo dire, per la scarsezza dei dati, nei riguardi dell'*eredità* dei tumori.

Interventi chirurgici furono tentati 7 volte e si trattò di semplici laparatomie in due casi, di gastroenterostomie in altri due, di gastro-

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
		INTESTINO CRASSO
31	G. F., anni 69 - M. Bologna ambulante N. 810	Ulcerazione a bordi rilevati, di aspetto neoplastico, dell'angolo splenico del colon. Essa appare perforata Dilatazione a monte. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma a cellule cilindriche. Coesiste un carcinoma primitivo della prostata con metastasi. Vedi N. 44-*bis* (progressivo).
32	T. Z., anni 76 - F. Bologna casalinga N. 896	Ulcerazione a direzione trasversale, a bordi infiltrati da tessuto neoplastico, stenosante il lume del sigma nella prima porzione. Dilatazione a monte della stenosi con perforazione della parete. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
33	I. M., anni 75 - F. Bologna casalinga N. 1139	Sutura cicatrizzata termino-terminale nel sigma, esito di asportazione di un neoplasma. Fegato disseminato di noduli neoplastici con evidente ombelicatura e notevoli fenomeni necrotici. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma (nelle metastasi).
		RETTO
34	DP. D., anni 67 - F. Aquila casalinga N. 800	Infiltrazione diffusa, a manicotto, del retto per la lunghezza di 10 cm. da parte di un tessuto di aspetto neoplastico; le pareti sono ispessite, dure e la mucosa presenta delle ulcerazioni. Non dilatazione a monte. Metastasi bilaterali dei polmoni ed epatiche. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.

resezioni in tre. Quest'ultimo intervento permise in un caso la sopravvivenza di due anni, le altre due furono seguite da complicanze mortali immediate (peritonite acuta, bronco-polmonite).

Non è compito dell'anatomo-patologo commentare queste cifre, mentre crediamo che questo campo di ricerche sia riservato, come sopra dicemmo, alle statistiche chirurgiche; vogliamo soltanto far notare che gli individui già operati di tumore, e che muoiono di metastasi, non tendono ad affollare i pubblici istituti ospedalieri, quindi, secondo noi, le statistiche anatomo-patologiche non sono perciò falsate in eccesso.

Si potrebbe obbiettare che il basso numero di decessi di carcinomatosi operati dipende da uno scarso numero di interventi, ma noi pur non potendo raffrontare le cifre tra operati e morti possiamo escludere l'obbiezione in base alle statistiche chirurgiche.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Peritonite generalizzata da perforazione. Sinfisi del pericardio. Broncopolmonite bilaterale.	Ricoverato un giorno avanti il decesso con sintomi di occlusione. Stipsi da 15 giorni.	Diagnosi clinica: occlusione intestinale.
Recente laparatomia mediana. Peritonite purulenta. Infiltrazione grassa del fegato. Cieco mobile e dolico-colon da stenosi.	Pochi giorni avanti il decesso intervento come indicazione di una torsione del cieco.	Diagnosi clinica: occlusione per torsione del cieco.
Cachessia. Edema polmonare bilaterale.	Gentilizio negativo. Operata nel 1913 per emorroidi e nel 1925 per tumore dell'ampolla rettale. 15 mesi avanti il decesso perdite sanguigne dal retto. Da una biopsia eseguita sarebbe risultato un adenoma. Dopo 3 mesi intervento con ectomia parziale del sigma.	Diagnosi clinica concordante coll'anatomica.
Endocardite verrucosa mitralica. Broncopolmonite destra. Colelitiasi.	Gentilizio negativo. Sei gravidanze di cui un parto mostruoso e due aborti. Pare sia stata operata per emorroidi alcuni anni fa. 14 mesi avanti il decesso cominciò a notare perdite di sangue dall'ano.	Diagnosi clinica: carcinoma del retto.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
35	M. L., anni 45 - M. Anzola muratore N. 972	L'apertura anale appare fortemente stenosata e da essa si irradia un tessuto neoplastico che infiltra: muscoli del perineo, vescica, sbocco degli ureteri. Disseminazione metastatica pleurica e peritoneale. Metastasi epatiche e nella capsula surrenale sinistra. Infiltrazione dei vasi linfatici dei polmoni con formazioni nodulari. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
		PANCREAS
36	P. L., anni 76 - M. Montegranaro calzolaio N. 1112	In corrispondenza della testa del pancreas un nodulo, a limiti mal definiti, della grandezza di una noce, sferico; bianco lucente, di aspetto compatto, un po' succoso. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
		FEGATO E CISTIFELLEA
37	T. C., anni 62 - M. Monte Festino facchino N. 891	Fegato molto ingrandito specie a carico del lobo destro. Sulla superficie numerosi piccoli nodi, molli, giallastri, spesso confluenti. Il lobo sinistro stride al taglio. Il destro è disseminato di nodosità, a varia dimensione, di diverso colorito (verde, giallo, rosso, ecc.), tutte capsulate, molli, alcune d'aspetto caseoso. Cistifellea e vie biliari normali. *Esame istologico.* – Cancro-cirrosi.
38	B. C., anni 64 - F. Bologna casalinga N. 925	Fegato di volume normale; sulla superficie numerosissimi rilievi emisferici, non ombelicati, di colorito verde-scuro. Il parenchima che intercede è giallastro, lievemente granuloso. I noduli, molteplici anche in profondità, conservano il colorito verde cupo: il parenchima epatico è molto ridotto. *Esame istologico.* – Carcinoma epato-cellulare in fegato cirrotico.
39	A. S., anni 74 - F. Borgo Panigale casalinga N. 1138	Dalle pareti della cistifellea assai ridotta di volume e priva di calcoli, prende origine una massa giallastra, dura, di aspetto tendineo, che inglobando le vie biliari tende a circondare il duodeno e giunge sino alla testa del pancreas colla quale pare continuarsi. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
40	M. C., anni 74 - F. Zola Predosa casalinga N. 915	Dalla cistifellea, piccola e piena di calcoli, minuti e faccettati, si origina una massa che dalle pareti si continua all'interno del tessuto epatico. La neoformazione è dura, splendente, bianco-giallastra. Estese bande di questo tessuto sono tese tra cistifellea e colon trasverso, e tra cistifellea e duodeno, che appare imbrigliato e costretto. *Esame istologico.* – Adenocarcinoma che prende origine dalle ghiandole mucose.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cachessia. Cistite e pielonefrite. bilaterale.	Gentilizio negativo. A 22 anni emorroidi. A 42 si iniziarono perdite sanguigne dall'ano durante la defecazione: prostrazione generale. Dopo qualche mese fu operato, sembra, per tumore del retto. Benessere per un anno con aumento di peso (16 kg.). Dopo un anno dolori gastrici, perdite di sangue, deperimento.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Ittero. Ateromasia dell'aorta. Ipertrofia della prostata. Cistite cronica.	Dalla cartella clinica non risultano dati anamnestici.	Diagnosi clinica: carcinoma del fegato.
Cachessia. Edema polmonare. Ascite .Varici delle vene esofagee inferiori.	Gentilizio negativo. Bevitore e fumatore. Inizio 4 mesi avanti il decesso con debolezza generale: in seguito tumefazione dell'addome. Ricerca dell'acido lattico nel succo gastrico e del sangue occulto nelle feci: negativa.	Diagnosi clinica: cancro dello stomaco con metastasi epatiche.
Ittero. Edema polmonare. Steatonecrosi pancreatica.	Gentilizio negativo. Inizio della malattia un anno avanti il decesso con astenia, deperimento, diminuzione d'appetito. ripugnanza per i cibi.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Cachessia. Ittero. Stasi biliare intraepatica. Gastrectasia da stenosi della II^a^ porzione del duodeno. Necrosi del grasso pancreatico.	Mancano dati anamnestici nella cartella clinica.	Diagnosi clinica: carcinoma della testa del pancreas.
Broncopolmonite delle basi. Gastrectasia da stenosi della II porzione del duodeno. Colelitiasi.	Gentilizio ed anamnesi negativi. Inizio un anno avanti il decesso con classica colica biliare, poi diminuzione delle forze, deperimento. Due mesi prima della morte vomito. L'esame radiologico mette in evidenza una stenosi della II^a^ porzione del duodeno.	Diagnosi clinica: stenosi duodenale.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
		TESTICOLO
41	A. E., anni 39 - M. Finale E. operaio N. 1010	Normale la cicatrice da pregressa orchiectomia sinistra. Grossa massa, dura, biancastra, situata nella regione mediastinica, che tende a tappare l'orificio superiore della gabbia toracica e si continua infiltrando le regioni epiclaveari. Stenosi da compressione della cava superiore e della vena azigos. Infiltrazione neoplastica dell'ilo polmonare destro, metastasi nodulari nel polmone sinistro e nel corpo della 6ª vertebra toracica e nelle coste 11ª e 12ª di destra. Nell'addome una grossa massa neoplastica fissata contro la colonna, che si estende dal diaframma al promontorio ed incapsula il rene sinistro. *Esame istologico.* – Seminoma.
		PROSTATA
42	A. G., anni 73 Bologna tappezziere N. 1201	Nodo della grandezza di una avellana, biancastro, molle, isolato nel lobo sinistro della prostata. Grossa metastasi nel lobo destro del fegato. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare a cellule cilindriche.
43	S. G., anni 60 N. 1264	Infiltrazione nodulare della prostata a limiti mal definibili, da parte di un tessuto molle, bianchiccio, succulento-lattiginoso con piccole zone emorragiche: detta infiltrazione si estende più a destra che a sinistra. *Esame istologico.* – Adenocarcinoma.
44	S. G., anni 56 Minerbio decoratore N. 947	Il lobo medio della prostata appare ingrossato, di consistenza molle: al taglio aspetto gelatinoso, colorito grigio roseo con piccole chiazze giallastre. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
44 bis	G. F., anni 69 Bologna ambulante N. 810	La prostata, irregolarmente ingrossata, è invasa da un tessuto molle, bianco-roseo, che s'infiltra all'intorno. Grosse tumefazioni rotondeggianti, molli nel piccolo bacino. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare. Coesiste un carcinoma primitivo del grosso intestino (vedi N. 31).
45	N. C., anni 63 Bologna sacerdote N. 1011	Prostata aumentata di volume, dura, bernoccoluta, con piccole cavità. Metastasi nelle linfoghiandole lombo-aortiche, sopraclavicolari, inguinali, nelle capsule surrenali e nello scheletro (bacino). *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma. Lipoma nella mammella destra.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Radiodermite. Idrotorace bilaterale, idropericardio. Edema polmonare destro. Milza, fegato e reni da stasi acuta. Rene sinistro atrofico. Anomalia nelle semilunari polmonari: quarta valvola rudimentale.	Gentilizio ed anamnesi remota negativi. Inizio della malattia nel nov. 1925 con dolori all'ipocondrio sinistro che si irradiavano al testicolo sin. Forte diminuzione di peso. Nel gennaio 1926 orchiectomia seguita da applicazioni di raggi X che fecero regredire una massa a carico della regione renale sinistra. Dopo qualche mese tumefazione alle linfoghiandole cervicali, poi disturbi nella respirazione (senso di soffocazione), vomiti ostinati, dolori al torace ed all'addome. Morte: giugno 1927.	La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.
Ittero. Ascite. Pericardite fibrinosa. Infarto del polmone d. Atrofia granulare epatica. Tumore acuto di milza. Gastrite e duodenite catarrale con impervietà delle vie biliari. Idrocele sin.	Gentilizio negativo. Inizio della malattia due mesi avanti il decesso con dolori addominali. Vomito, ittero e deperimento. Radiologicamente: infiltrazione neoplastica delle pareti gastriche.	Diagnosi clinica: neoplasma della testa del pancreas.
Miocardite interstiziale callosa. Aortite luetica.	Manca la cartella clinica.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Cachessia. Edema polmonare. Ateromasia dell'aorta. Cistite purulenta. Pielonefrite.	Inizio alcuni mesi prima della morte con dolori all'epigastrio, vomito; tenesmo vescicale accompagnato da emissione di urina purulenta. Diminuzione cospicua di peso.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.
— —	— —	— —
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Broncopolmonite destra. Rene arteriosclerotico con litiasi.	Gentilizio negativo. Inizio due anni prima del decesso con ripugnanza per i cibi, senso di peso dopo i pasti, debolezza ed astenia generale. Progressivo decadimento. Spiccati dolori all'arto inferiore destro. Urine, torbide ed a volte sanguinolente.	Diagnosi clinica concordante con l'anatomica. Diagnosi radiologica positiva per quanto riguarda le metastasi ossee.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
46	T. G., anni 58 Bologna operaio N. 1089	La prostata è di volume pressochè normale, di consistenza dura; al taglio: chiazze giallastre si differenziano dal tessuto vicino. Carcinomatosi diffusa dello scheletro, delle pleure, delle meningi, della capsula surrenale destra. *Esame istologico.* – Carcinoma a tipo scirroso.
		VULVA
47	T. T., anni 72 Bologna prostituta N. 1107	Il grande labbro di destra è trasformato in una massa dura, senza grossolane perdite di sostanza. Infiltrazione neoplastica di alcune linfoghiandole dell'inguine destro. *Esame istologico.* – Carcinoma ad epitelio piatto.
		UTERO
48	B. A., anni 48 Bologna casalinga N. 704	La portio —residuata ad isterectomia subtotale — è invasa da una massa molliccia, biancastra, che infiltra le tonache della vescica e si apre nella cavità. Notevole infiltrazione neoplastica delle pareti vaginali. Metastasi nelle linfoghiandole lombo-aortiche. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
49	G. G., anni 49 Bologna casalinga N. 808	L'utero è trasformato in una enorme sacca irregolare a pareti friabili costituita da tessuto di aspetto neoplastico, a contenuto sanioso: essa si apre largamente in vagina. Infiltrazione neoplastica nel piccolo bacino che determina una stenosi dell'uretere destro. Metastasi nelle linfoghiandole lombo-aortiche. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
50	C. M., anni 51 Pieve di Cento casalinga N. 1032	Estesa distruzione del corpo dell'utero: infiltrazione neoplastica nel piccolo bacino che determina occlusione dello sbocco dell'uretere destro in vescica. Metastasi epatiche e nella parete addominale in corrispondenza della cicatrice laparatomica. *Esame istologico.* – Adeno-carcinoma.
51	G. M., anni 58 Lizzano in Belvedere casalinga N. 1115	Vasto tumore che dal fondo dell'utero infiltra i parametrî fissandoli, dà metastasi peritoneali ed invade la parete anteriore del retto. Voluminose metastasi nelle linfoghiandole inguinali. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
52	C. A., anni 69 Bologna casalinga N. 1149	Collo dell'utero in gran parte disfatto e parzialmente sostituito da un tessuto bianco-grigiastro, solido, qua e là necrotico. Aderenze cervico-vescicali, fistola ed impianti neoplastici intorno allo sbocco dell'uretere destro con stenosi. *Esame istologico.* – Carcinoma ad epitelio piatto.
53	C. M., anni 45 Imola sarta N. 865	Pregressa amputazione subtotale dell'utero: la portio residuante è largamente distrutta. Metastasi negli annessi di destra. Infiltrazione neoplastica intorno allo sbocco dell'uretere destro, con stenosi. *Esame istologico.* – Carcinoma solido.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cachessia. Vescica a colonne.	Anamnesi negativa. Inizio della malattia nel 1926 con dolori lombari che in seguito subirono delle remissioni specie dopo trattamento con raggi X che svelano molteplici metastasi ossee.	Clinicamente non è determinata la primitività del tumore.
Broncopolmonite sinistra. Cistite purulenta. Pielonefrite.	Gentilizio negativo. Inizio della malattia due mesi avanti la morte. Non sifilide.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.
Peritonite fibrosa cronica adesiva. Nefrosi. Cistite difterica.	Gentilizio ed anamnesi remota negativi. Inizio della malattia nel 1919 con irregolarità nelle mestruazioni, indi metrorragie a varie riprese e dolori uterini. Intervento nel 1921. Nel luglio 1925 ripresa di stillicidio ematico dalla vagina e nell'ottobre radiumterapia. Aumento progressivo dei disturbi.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Cachessia. Endocardite verrucosa mitralica. Idro-pielo-nefrite destra.	Nella cartella non si leggono notizie anamnestiche.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Cachessia. Pielonefrite destra.	Nella cartella non figurano notizie anamnestiche.	La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica
Cachessia. Prolasso vaginale. Peritonite purulenta.	Gentilizio negativo. Operata 16 anni prima della morte per gravidanza extrauterina. Da due anni presenta tumefazione alle linfoghiandole inguinali e dimagrimento notevole.	La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.
Cachessia. Broncopolmonite bilaterale. Tumore acuto di milza. Megauretere destro ed idronefrosi corrispondente.	Nella cartella clinica non si riscontrano notizie anamnestiche.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.
Cachessia. Infiltrazione grassa del fegato. Atrofia idronefrotica del rene destro. Megauretere.	Non si può stabilire l'inizio della malattia nè la data dell'isterectomia. Radiumterapia.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
54	P. A., anni 69 S. Felice casalinga N. 791	Dell'utero residua la portio sostituita quasi completamente da tessuto neoplastico che si diffonde agli annessi, specie a destra. Metastasi molteplici polmonari, epatiche e peritoneali. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
55	F. E., anni 40 N. 1169	Nel piccolo bacino un grosso tumore a nodi molteplici, varii di volume, che aderisce al sigma-colico ed al retto. Il neoplasma comprime lo sbocco vescicale dell'uretere destro causando una dilatazione che si segue in alto fino al bacinetto. Le tonache esterne della vescica sono invase dalla neoplasia, non però la mucosa. Il tumore ha superficie di sezione liscia e lucente con zone emorragiche. *Esame istologico.* – Sarcoma a grandi cellule fusate dell'utero.
		OVAIA
56	C. S., anni 48 Meldola casalinga N. 720	L'ovaia sinistra è trasformata in un grosso complesso policistico, elastico, fluttuante, che, inciso, dà esito ad un liquido torbido con strie sanguigne. Entro alcune cisti al liquido si associa una produzione irregolare, mucoide, emorragica. *Esame istologico.* – Cisto-carcinoma. Cistoma dell'ovaia destra e fibromi sottosierosi dell'utero.
57	V. E., anni 62 Bologna casalinga N. 1257	Infiltrazione neoplastica solida, che fissa gli organi del piccolo bacino e stenosa la salpinge destra determinando una sacca. Metastasi spleniche, epatiche, peritoneali e nelle linfoghiandole addominali. Infiltrazione neoplastica della cicatrice laparatomica. *Esame istologico.* – Carcinoma psammomatoso.
		MAMMELLA
58	T. A., anni 71 - F. Bologna casalinga N. 1242	Alla regione mammaria destra una massa rilevata, della grossezza di un pugno, irregolare, bernoccoluta, lignea: capezzolo retratto. Cute integra. Superficie di sezione: tessuto compatto roseo, lucente. Metastasi nelle linfoghiandole dell'ascella destra, nella calotta cranica, nella dura madre, nelle pleure, nel fegato e nelle ossa del bacino. *Esame istologico.* – Carcinoma simplex.
59	F. M., anni 54 - F. Cento casalinga N. 1150	Alla regione mammaria sinistra una cicatrice che giunge sino al cavo ascellare: essa è cosparsa di piccoli nodi, duri, biancastri. Le pleure, il pericardio e i polmoni sono disseminati di noduli sferici, di grandezza variabile, duri, di colorito grigio roseo. Un piccolo nodo nel fegato. *Esame istologico.* – Carcinoma semplice.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cifoscoliosi rachitica. Cachessia. Ascite emorragica.	Sei mesi prima del decesso fu operata di isterectomia subtotale per un tumore diagnosticato: «fibromioma sottomucoso in via di rammollimento». Dopo due mesi tumefazione ai quadranti inferiori dell'addome, diminuzione delle forze, deperimento generale.	Diagnosi clinica e anatomica concordanti
Cachessia. Anemia. Enfisema polmonare. Idronefrosi.	Isterectomizzata tre mesi prima della morte con diagnosi di mioma dell'utero. Riammessa in ospedale per anemia e cachessia.	Diagnosi clinica: anemia grave da metrorragie.
Rammollimento rosso del cervello da embolia (nucleo lenticolare e capsula interna sinistra). Endocardite verrucosa mitralica. Tubercolosi fibro-caseosa del polmone sinistro. Infarti anemici della milza. Nefrite interstiziale cronica con infarti anemici.	Gentilizio negativo. Inizio della malattia 4 mesi prima del decesso con indebolimento generale ed aumento di volume dei quadranti inferiori dell'addome. Quindici giorni prima della morte la malata fu colpita da ictus seguita da emiplegia d.	Diagnosi clinica: cistoma dell' ovaia. Emiplegia destra.
Cachessia. Broncopolmonite ipostatica bilaterale. Cistite e pielite destra.	Nella cartella non figurano dati anamnestici.	Diagnosi clinica: carcinoma del grosso intestino.
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Broncopolmonite bilaterale.	Nella cartella clinica nessun dato anamnestico.	Diagnosi clinica: emorragia cerebrale.
Cifoscoliosi post-rachitica. Pleurite siero emorragica sinistra.	Gentilizio: spiccata eredità tubercolare. Operata di amputazione della mammella sinistra con svuotamento del cavo ascellare 19 mesi avanti il decesso. Quattro mesi prima della morte estrema debolezza, dolori alle spalle, febbre, dimagramento.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
60	R. V., anni 67 - F. S. Pietro in Casale casalinga - N. 1108	Cicatrice alla regione mammaria sinistra, esito di amputazione della mammella con piccoli nodi recenti. Metastasi peritoneali. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
61	B. E., anni 64 - F. Verona casalinga N. 1174	Cicatrice irregolare, biancastra, aderente, da pregressa amputazione della mammella destra. Infiltrazione neoplastica delle pleure, del pericardio, del polmone destro. Metastasi epatiche e nelle linfoghiandole della fossa sopraclaveare destra. *Esame istologico.* – Carcinoma semplice.
62	M. A., anni 39 - F. Pianoro domestica N. 1028	Cicatrice lineare, bianca, da pregressa amputazione della mammella sinistra. Infiltrazione neoplastica nella regione della clavicola sinistra. Metastasi nella mammella destra, nella 4ª e 6ª costa di sinistra, nella 6ª costa di destra e nei corpi della 4ª e 5ª vertebra dorsale. *Esame istologico.* – Carcinoma semplice.
63	F. I., anni 59 - F. Sasso casalinga N. 1034	Recentissima amputazione della mammella destra con svuotamento del cavo ascellare. Grossi nodi metastatici al fegato. Metastasi nelle linfoghiandole lombo-aortiche e nella capsula surrenale destra. *Esame istologico.* – Carcinoma semplice.
64	V. A., anni 54 - F. Zola Predosa sarta N. 1207	Cicatrice normale da pregressa amputazione della mammella destra con svuotamento del cavo ascellare. Recente laparatomia ed intervento per via vaginale con istero-annessiectomia totale. Notizie avute dal chirurgo: a carico dell'utero e della vagina esistevano nodosità ulcerate d'aspetto neoplastico. *Esame istologico.* – Il pezzo operatorio non venne inviato al Laboratorio, per l'esame.
65	B. A., anni 63 – F. Castelguelfo domestica N. 995	Nodulo rotondeggiante, bernoccoluto, della grandezza di un mandarino, ligneo, mobile sul piano aponeurotico del muscolo gran pettorale: il capezzolo è retratto ed ulcerato. Linfoghiandole ascellari corrispondenti ingrossate e dure, spostabili. Infiltrazione neoplastica della pleura destra, dei vasi linfatici del polmone destro e delle linfoghiandole ilari. Metastasi peritoneali, nella cicatrice laparatomica: metastasi epatiche, nelle linfoghiandole mesenteriche e sottosierose, nel piccolo bacino da comprimere lo sbocco degli ureteri in vescica. Infiltrazione tumorale del legamento gastro-colico. *Esame istologico.* – Carcinoma scirroso.

ALTRI

CUTE

66	R. F., anni 54 - M. Bologna facchino N. 1155	In corrispondenza dell'angolo mandibolare destro una vasta ulcerazione a margini frastagliati, necrotici, infiltrati. Verso la regione carotidea l'ulcerazione assume rapporti di contiguità con una tumefazione che, incisa, dà esito ad una poltiglia necrotica, bianco-grigiastra. Non tumefazione delle linfoghiandole viciniori e cervicali. *Esame istologico.* – Carcinoma ad epitelio pavimentoso.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cachessia. Ascite emorragica. Infiltrazione grassa del fegato.	L'amputazione della mammella risale a circa 27 mesi avanti il decesso.	Diagnosi clinica concordante coll'anatomica.
Cachessia. Endocardite verrucosa delle valvole aortiche. Pleurite sierosa bilaterale.	Gentilizio: madre morta di carcinoma gastrico. L'amputazione della mammella ha avuto luogo 8 anni avanti la morte: dopo 3 anni intervento per riproduzione in loco del tumore. Poi benessere sino ad 8 mesi avanti il decesso: indi deperimento, astenia.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.
Broncopolmonite bilaterale.	Operata 6 mesi avanti il decesso di amputazione della mammella sinistra e disarticolazione della clavicola omonima.	Diagnosi clinica ed anatomica concordanti.
Degenerazione grassa del cuore. Edema polmonare acuto. Infiltrazione grassa del fegato.	Cinque mesi avanti il decesso fu notato dalla paziente ingrossamento della mammella destra. Intervento un giorno avanti la morte.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Sinfisi pleurica sinistra. Nefrosi (II tipo).	L'intervento sulla mammella sarebbe avvenuto circa un anno avanti il decesso. Quello sui genitali pochi giorni innanzi.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Pregressa gastroenterostomia transmesocolica. Cicatrice da ulcera gastrica. Stenosi del colon trasverso per retrazione del legamento gastrocolico. Edema polmonare. Idronefrosi bilaterale.	Dieci anni avanti la morte fu operata di gastro-entero-stomia per tumore (?) dello stomaco. Da mesi vomito e dolori addominali.	Diagnosi clinica: neoplasma gastrico.
APPARATI		
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Broncopolmonite sin.	Inizio della malattia due anni avanti il decesso con sviluppo di una tumefazione all'angolo mandibolare destro, rimasta lungo tempo stazionaria e successivamente ulceratasi.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
67	C. C., anni 86 - F. Bologna casalinga N. 1114	Alla regione zigomatica destra una perdita di sostanza irregolarmente rotondeggiante, del diametro di circa 2 cm., poco profonda; ricoperta da tessuto necrotizzato: bordi rilevati, duri. Un nodulo metastatico della grossezza di un mandarino al fegato. *Esame istologico.* – Mentre il tumore primitivo ha la struttura di un carcinoma a cellule basali; nella metastasi in prevalenza si ha quella dell'adenocarcinoma.
68	R. N., anni 30 - F. veneta prostituta N. 1229	Sulla cute del «mons veneris» un' ulcerazione, a bordi duri, dai quali si infiltra profondamente un tessuto d'aspetto neoplastico, che circonda l'uretra, a guisa di manicotto, raggiunge il trigono vescicale e determina, entro la vescica, la formazione di tre bozze a cavolfiore. La mucosa dell'uretra e della vescica appare integra. Metastasi nelle linfoghiandole iliache ed inguinali. *Esame istologico.* – Carcinoma ad epitelio pavimentoso con molte atipie e mostruosità cellulari, senza corneificazioni.
		LARINGE
69	S. E., anni 57 - M. Lugo muratore N. 1240	Sulla corda vocale di sinistra prende impianto una massa grigio rosea di forma irregolare che, estendendosi in alto, giunge all'epiglottide, la cui metà sinistra appare completamente erosa. Pure la parte posteriore della lingua è invasa da zaffi solidi biancastri molto consistenti. Non si osservano metastasi. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
		POLMONE
70	S. A., anni 64 - M. Crevalcore operaio N. 1079	Tumefazione della grandezza e forma di una testa di bambino, molle, friabile, d'aspetto a cavolfiore, grigiastra, opaca, che invade il lobo superiore del polmone destro ed ha sviluppo posteriore con spiccate aderenze alla parete del torace. La parte centrale del tumore è rammollita. Ilo polmonare normale: non è possibile dimostrare un rapporto della neoplasia colle grosse diramazioni bronchiali. Alcune metastasi di varia grandezza (sino a quella di una noce) nelle capsule surrenali. *Esame istologico.* – Carcinoma bronchiale (cellule polimorfe, alcune molto ricche di nuclei).
		TIROIDE
71	Z. A., anni 60 - F. Castenaso casalinga N. 706	Il lobo sinistro della tiroide si presenta ingrossato, duro, giallo e percorso da strie emorragiche, a disegno ghiandolare perduto. Capsula intatta. Disseminazione metastatica peritoneale. Metastasi nelle linfoghiandole mesenteriche e cervicali. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
		RENE
72	C. T., anni 72 - F. Cento casalinga N. 797	Rene sinistro ingrandito del doppio, globoso, di consistenza tesoelastica per idropionefrosi. Il polo superiore è sostituito da tessuto neoplastico che ingloba la surrenale, invade la milza e comprime l'ultima porzione del duodeno. Disseminazione nodulare metastatica del fegato e dei polmoni. *Esame istologico.* – Carcinoma solido.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Cachessia. Cirrosi atrofica del fegato. Tumore cronico di milza.	Dalla cartella non risultano dati anamnestici.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.
Cistite purulenta. Pielonefrite bilaterale. Pelviperitonite adesiva. Salpingite. Epatite interstiziale cronica.	Sifilide a 28 anni. I primi disturbi sono insorti un mese e mezzo prima del decesso colla comparsa di una tumefazione della grandezza di una noce sul pube: arrossamento della cute ed infiltrazione. Incisione. La lesione assume un aspetto di ulcera crateriforme che si estende: comparsa di ematuria e piuria. Decadimento generale.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.
Broncopolmonite bilaterale.	Gentilizio ed anamnesi remota negativi. Cinque mesi avanti la morte: disfagia, tosse con espettorato abbondante, a volte striato di sangue. Negli ultimi giorni forte abbassamento di voce. Bevitore e fumatore.	La diagnosi clinica concorda coll'anatomica.
Pregressa resezione costale (5, 6, 7, di destra). Pleurite siero-fibrinosa destra.	I primi sintomi insorsero due anni e mezzo prima della morte ed erano rappresentati da dolori all'emitorace destro, tosse, febbre, stitichezza Radiologicamente fu sospettata una cisti da echinococco Intervento operatorio. Dimesso dall'ospedale vi rientra 6 giorni avanti il decesso, peggiorato	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Ascite emorragica.	Padre morto di cancro gastrico, madre di carcinoma della mammella Inizio dei sintomi quattro mesi avanti il decesso: perdita d'appetito, debolezza, aumento di volume dell'addome	Diagnosi clinica: carcinosi addominale diffusa
Cachessia. Atrofia bruna del cuore. Edema polmonare. Gastroduodenectasia da compressione del tumore sul duodeno. Calcolosi renale. Cistite purulenta.	Gentilizio negativo. L'inizio pare rimonti ad un anno avanti la morte, e sembra rappresentato da coliche renali e deperimento Radiografia: calcolosi renale e dilatazione gastrica.	Diagnosi clinica: stenosi pilorica da carcinoma gastrico e calcolosi renale.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
73	C. M., anni 74 - M. Bologna lavandaio N. 872	Una grossa massa bianco-giallastra, molle, che occupa il polo superiore del rene destro. Metastasi alle linfoghiandole lombo-aortiche e nodulari al lobo superiore del polmone destro. *Esame istologico.* – Carcinoma alveolare.
		CERVELLO
74	G. A., anni 63 - F. Bologna lavandaia N. 765	L'emisfero cerebrale destro appare di volume assai superiore al sinistro: verso il terzo posteriore del corpo calloso vi è una bozza deforme, molle, biancastra, piuttosto omogenea, che incisa, presenta una superficie variegata. Al taglio orizzontale dell'encefalo si osserva una ampia distruzione che occupa buona parte del lobo occipitale sinistro ove sono numerosi coaguli emorragici misti a sostanza nervosa. *Esame istologico.* – Glioma ricco di cellule.
75	G. S., anni 60 - M. Molinella inserviente N. 1197	Cervello deformato per aumento di volume dell'emisfero sinistro specie a carico del lobo frontale. Il ventricolo laterale sinistro appare come zaffato, nel suo corno anteriore (molto dilatato) da una massa irregolare, della grandezza di un mandarino, carnosa, quasi bernoccoluta, friabile, che non sembra aderire ad alcun punto delle pareti ventricolari. Il tumore è infarcito di sangue, che è pure contenuto in copia nelle altre cavità ventricolari. Nuclei della base integri. *Esame istologico.* – Sarcoma a grandi cellule fusate (di probabile origine vascolare).
76	L. E., anni 36 - M. Bologna muratore N. 1146	Dal pavimento del quarto ventricolo proemina una tumefazione giallo ocra, grossolanamente emisferica, a larga base di impianto, situata per due terzi a destra ed un terzo a sinistra del calamo, di consistenza molliccia, a superficie irregolare. Il tumore ha connessioni lasse col pavimento e non si addentra nella sostanza nervosa. Inferiormente il tumore tende ad ostruire il canale dell'ependima. *Esame istologico.* – Sarcoma fusocellulare.
		TESSUTO EMOLINFOPOIETICO
77	C. A., anni 42 - M. Bologna casalinga N. 892 (*)	Considerevole splenoepatomegalia. Entrambi i visceri presentano un notevole numero di nodi e noduli di colorito rosso scuro, tanto sulla superficie che in profondità. In molti punti essi appaiono come delle grosse emorragie o coaguli recenti. Tale aspetto è particolarmente manifesto a carico della milza la quale, perduta la sua forma, ingloba le capsule surrenali e l'angolo colico sinistro. Piccole metastasi a carico del diaframma e della pleura sinistra. *Esame istologico.* – Tumore dell'apparato reticolo-endoteliale a tipo sistemico.

(*) *Questo caso è stato oggetto di comunicazione alla Società Medica Chirurgica di Bologna, da parte di uno di noi* (VIGI) *nella Seduta del 22 giugno 1928* (Vedi « Bull. Sc. Med. », 1928).

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Aneurisma dell'arco aortico. Aortite luetica. Tubercolosi polmonare bilaterale (a disposizione peribronchiale a sinistra, broncopolmonite caseosa a destra). Tubercolosi caseosa delle linfoghiandole bronchiali.	Padre ed un fratello morti di tubercolosi. Contrasse la sifilide a 20 anni: a 28 ebbe emoptoe. Forte bevitore di liquori. Dal 1918 in varie riprese fu degente in ospedale per aortite luetica ed aneurisma confermato ai raggi X. Reazione di WASSERMANN: positiva intensa.	Diagnosi clinica: aneurisma aortico e lue.
Ateromasia dell'aorta. Edema polmonare. Pleurite adesiva bilaterale.	Gentilizio negativo. A 57 anni polmonite e nefrite. I primi disturbi relativi al tumore sono cominciati due mesi prima del decesso sotto forma di cefalea e lieve perdita di memoria. Indi vomito e stipsi. Deperimento. Obbiettivamente: miosi, reazioni alla luce ed all'accomodazione debolissime. Deficit del retto esterno sin. con strabismo: lieve KERNIG. Liquor xantocromico: linfociti nel sedimento. Papilla da stasi bilaterale.	La diagnosi clinica corrisponde all'anatomica.
Broncopolmonite ipostatica bilaterale.	Padre morto di neoplasma epatico. Bevitore. Due mesi avanti il decesso fu notato tremore della mano destra, poi cefalea progrediente indi fenomeni paretici della metà destra: alterazione della psiche. Non papilla da stasi. Emorrachia.	Diagnosi clinica: emorragia cerebrale.
Edema cerebrale. Idrocefalo interno.	Madre morta di neoplasma gastrico. Inizio tre anni avanti con vertigini che si alternavano a periodi di miglioramento. Dopo un anno disturbi gastrici. Sei mesi dopo cefalea intensa, disturbi visivi, poi singhiozzo e vomito.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Anemia grave. Emotorace destro con atelectasia del polmone corrispondente. Emoperitoneo.	Gentilizio negativo. Primi sintomi iniziatisi nell'ottobre del 1926 con aumento di volume del ventre; febbre, edemi degli arti inferiori, lieve ittero. Morte dopo sei mesi.	Diagnosi clinica: tumore epatico.

N. prog.	Nome - età - sesso luogo di nascita professione	DATI ANATOMICI propri del tumore
78	M. E., anni 58 - M. Longara bracciante N. 946	Grosse linfoghiandole peritracheali, molli, con estesi fenomeni emorragici e necrotici. Altro voluminoso pacco ghiandolare cogli stessi caratteri, alla regione lomboaortica. Invasione epatica da diffusione per contiguità. *Esame istologico.* – Sarcoma a grandi cellule rotonde.
79	G. V. N., anni 4 - F. Bologna N. 1208	Voluminosa massa compresa entro i foglietti del mesentere, costituita da un tessuto molliccio, giallastro, spappolabile. Numerosi noduli di eguale aspetto nel tenue, specie nella prima porzione di esso, a sede parietale. Altri nello stomaco, ove hanno raggiunto la mucosa e dato luogo a numerose perdite di sostanza a tipo di ulcera. Reni notevolmente aumentati di volume ed infiltrati di noduli rotondeggianti, spappolabili; altri a tonalità giallo verdastra nel parenchima epatico. Tumefazione delle linfoghiandole della porta hepatis. *Esame istologico.* – Linfosarcoma.
80	B. A., anni 74 - F. Bologna N. 1055	Al cavo ascellare sinistro una massa irregolarmente sferica, dura, del volume di un pugno. Al taglio la superficie di sezione mostra un alternarsi di zone splendenti con altre giallastre, molli, friabili, solcate qua e là da strie emorragiche. Il tumore è parzialmente aderente ai tessuti sottostanti ed alla cute. *Esame istologico.* – Endotelioma delle ghiandole linfatiche.
81	N. V., anni 52 - F. Pianoro casalinga N. 1248	Presso la piccola curva dello stomaco ed attorno al canale pilorico alle cui pareti aderisce intimamente, una grossa massa biancastra, uniforme, liscia e lucente sulla superficie di taglio, senza limiti netti, ma a carattere infiltrante che si irradia in basso lungo il mesentere nel quale dà luogo a nodosità di varia dimensione. *Esame istologico.* – Linfosarcoma delle ghiandole perigastriche.
82	M. M., anni 16 - F. Bologna N. 1190	Alle regioni latero-cervicali masse irregolari, aderenti, che a destra hanno il volume di un arancio: la superfice di taglio mostra una zona di colorito giallo-ocraceo centrale, limitata da un tessuto grigio, opaco, più consistente. Nella regione del «tuber» un nodulo della grandezza di una ciliegia a limiti mal definiti che infiltra il peduncolo ipofisario comprimendo la ghiandola pituitaria ed il chiasma dei nervi ottici. *Esame istologico.* – Sarcoma primitivo delle ghiandole linfatiche (piccole cellule rotonde): il nodulo cerebrale ha la stessa struttura.

generali	DATI CLINICI	OSSERVAZIONI
Ateromasia dell'aorta. Edema polmonare. Ittero meccanico.	Gentilizio ed anamnesi personale negativi. Inizio tre mesi innanzi il decesso con dolori all'epigastrio dopo i pasti, inappetenza, ripetuti vomiti. Ricerca del sangue occulto nelle feci: negativa	Diagnosi clinica: neoplasma gastrico con metastasi addominali.
Denutrizione. Disidratazione. Atrofia timica. Idrotorace destro. Peritonite fibrinosa. Ittero.	Gentilizio negativo. A 21 mesi adenite purulenta alla regione laterocervicale destra Inizio della malattia 3 mesi avanti il decesso con deperimento, pallore, poi inappetenza, vomito Dopo due mesi addome tumido e vaghi dolori viscerali, vomito, sete, sudori profusi Rapido peggioramento; feci cretacee. Cutireazione negativa. Roengtenterapia.	Diagnosi clinica: masse tumorali addominali (sarcomatosi).
Degenerazione grassa del cuore. Ateromasia dell'aorta. Broncopolmonite destra.	Nella cartella non figurano dati clinici.	Diagnosi clinica corrispondente all'anatomica.
Peritonite siero-fibrinosa. Edema polmonare. Caseosi delle linfoghiandole dell'ilo polmonare destro. Trombosi parietale dell'aorta toracica ed arteriosclerosi.	Nella cartella clinica non figurano dati anamnestici	Diagnosi clinica: neoplasia addominale diffusa.
Broncopolmonite ipostatica bilaterale.	Gentilizio negativo. Primi sintomi a carico della regione laterocervicale destra con tumefazione indolente che crebbe rapidamente Ricoverata con diagnosi di ascesso, nell'attesa si iniziarono sintomi cerebrali (cefalea, vomito, amaurosi destra, poi bilaterale)	Diagnosi clinica: tumore cerebrale? linfogranuloma.

DIAGNOSI CLINICA E DIAGNOSI ANATOMO - PATOLOGICA

Ci è sembrato opportuno porre a raffronto le risultanze dell' indagine autoptica, integrate dagli esami istologici, con le diagnosi cliniche, per vedere, fino a qual punto esse concordino fra di loro e quali siano le divergenze.

L'argomento «errori diagnostici» forma infatti nello studio dei tumori uno dei capitoli di maggior interesse, delle statistiche anatomopatologiche, ed è svolto ampiamente da Wells, Regaud, Bashford, Reichelmann, Lubarsch, Bilz, Berencsy e Wolff ed altri.

Come ordinamento abbiamo seguito quello topografico, quale risulta dalla tabella n. 3, ed infine abbiamo riassunto i vari dati analitici.

Apparato Digestivo

Lingua ed esofago: nessuna discordanza di diagnosi.

Stomaco: la diagnosi clinica non ha corrisposto per difetto tre volte, mentre nessun errore vi fu per eccesso. In armonia colle idee altra volta espresse, non crediamo di dover considerare come discordanze diagnostiche 5 casi nei quali la sintomatologia era dipendente dalle metastasi (addominali o del rachide in tre casi, epatiche negli altri due); il fatto che il clinico aveva diagnosticato le metastasi sta a dimostrare l'esattezza del giudizio generico di neoplasia.

Dai nostri dati risulta che in 11 casi fu praticato l'esame radiologico a scopo diagnostico e che solo una volta il risultato di esso non corrispose alla osservazione anatomica (corrispondenza nel 90 % dei casi).

Noi vogliamo far notare che la percentuale di errori diagnostici di questo gruppo è assai bassa, raggiungendo una cifra (11,1 %) che è inferiore a quella riscontrata lo scorso anno (15,3 %).

Intestino crasso: due diagnosi non corrispondenti (occlusione intestinale).

Retto: piena corrispondenza fra le due diagnosi.

Pancreas: nell'unico caso di tumore osservato fu posta la diagnosi di tumore primitivo del fegato.

Fegato: in un caso la localizzazione del tumore primitivo fu riferita allo stomaco, nell'altro la diagnosi clinica risultò esatta (cancrocirrosi).

Cistifellea: in un caso la diagnosi clinica fu di tumore del pancreas; nel secondo venne posta la diagnosi di stenosi duodenale.

Apparato Genitale

Testicolo: corrispondenza nella diagnosi.

Prostata: in tre casi la diagnosi anatomica ha corrisposto alla clinica, in due non ha corrisposto la sede (pancreas, sede indeterminata); nell'ultimo caso il tumore era passato inosservato, ma si può ben giustificare il fatto in quanto esisteva, come abbiamo detto a proposito del numero totale dei tumori, una doppia neoplasia maligna nello stesso individuo e tutta la sindrome clinica era dominata dai disturbi causati dalla localizzazione tumorale dell' intestino crasso (anche per questa ragione il caso non viene preso in considerazione nel riassunto dei confronti).

Vulva: diagnosi corrispondenti.

Utero: piena corrispondenza di diagnosi in sette casi; in uno fu formulata soltanto diagnosi di metrorragia.

Ovaia: in un caso la diagnosi clinica non ha corrisposto in quanto fu posta la diagnosi di cistoma; nell'altro il tumore dell'ovaia fu scambiato per un tumore del grosso intestino.

Mammella: in un caso sono sfuggiti tanto il tumore primitivo che le numerose metastasi: in un altro fu posta la diagnosi di metastasi mammaria da neoplasia gastrico mentre trattavasi di tumore primitivo della mammella. Negli altri sei casi vi fu piena corrispondenza fra le due diagnosi.

Altri Apparati

Cute e laringe: concordanza nelle diagnosi.

Polmone: il pregresso intervento operatorio aveva permesso di constatare il tipo neoplastico dell'affezione polmonare, che all' indagine radiologica era stata scambiata per una cisti da echinococco.

Tiroide: la diffusione metastatica addominale fu interpretata come una neoplasia primitiva del peritoneo (endotelioma).

Rene: in un caso non ha corrisposto la sede; gettate neoplastiche partivano dal rene sinistro e comprimevano il duodeno stesso stenosandolo e determinando gastrectasia per cui fu posta la diagnosi di carcinoma pilorico; nell'altro caso il cancro del rene, sviluppatosi in un luetico (aneurisma aortico) affetto da tubercolosi ulcerosa polmonare, fu un causale reperto d'autopsia.

Cervello: in due casi piena concordanza nelle diagnosi; nel terzo l'epifenomeno (emorragia) fu interpretato come un fatto primitivo.

Tessuto emolinfopoietico: due casi a diagnosi esatta; in quattro

casi fu diagnosticato il tumore delle ghiandole linfatiche ma la sede anatomica non corrispose all' indicazione clinica.

Riassumendo i vari elementi raccolti, ne risulta una non corrispondenza di dati tra clinica ed anatomia patologica nella percentuale del 13,4, esatta la diagnosi di tumore, ma non corrispondente la sede nel 21, 9, accordo completo nel 64,7.

Sommando queste cifre, che si riferiscono a casi in cui era esatto il concetto di tumore, si ha una percentuale dell' 86,6 in cui diagnosi clinica ed anatomo-patologica si corrispondono. Gli « errori diagnostici » sono quindi soltanto del 13,4 %, cifra assai inferiore a quelle, per es. di Wells (36,5 %), di Bashford (28,2 %), di Reichelmann (27,5 %), ecc.

RIASSUNTO

L' indagine anatomica, come è resa possibile dalla Legge sul riscontro diagnostico, permette di raccogliere per ogni regione ed eventualmente per le singole città, una somma di dati esatti che possono servire per lo studio del problema statistico del cancro.

Da un confronto fra le cifre che emergono per le varie regioni, e nella successione degli anni, ci si potrebbe render conto se veramente esiste una diversa ripartizione dei neoplastmi maligni ed eventualmente l'entità ed il significato di esso. Assai meglio della statistica demografica, quella anatomo-patologica, che per i grandi centri ospitalieri meno risente il danno della selezione, può dire, nello studio continuato per molti anni, se l'aumento della mortalità per tumori maligni sia reale od apparente.

I dati che risultano dal presente studio (1927) vengono posti a raffronto con quelli del precedente anno, facendone notare obbiettivamente le variazioni.

L'alta cifra dei tumori dello stomaco (32,5 %) ha consigliato un'analisi dei dati sia in riguardo alla morfologia dei tumori che alla loro struttura istologica, alla frequenza delle metastasi ed alla loro sede, alle complicanze e quindi ai dati clinici. Infine il confronto fra la diagnosi clinica e quella anatomica mostra che, mentre per alcune statistiche gli errori diagnostici raggiungono cifre molto elevate, nel materiale ospedaliero di Bologna le discordanze di diagnosi sono ridotte ad una cifra assai bassa.